

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

## **EUTANAZIE ANO ČI NE?**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Milena Zimulová

Vypracovala:

Miroslava Dančáková

**Brno 2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Eutanazie ano či ne?“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 12.4.2009

.....  
Miroslava Dančáková

## **Poděkování**

Děkuji paní MUDr. Mileně Zimulové za metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Miroslava Dančáková

# Obsah

ÚVOD .....	2
<b>1 VYMEZENÍ POJMU EUTANAZIE A ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA .....</b>	<b>4</b>
1.1 Formy eutanazie .....	4
1.2 Eutanazie, myslitelé a současnost.....	5
<b>2 VÝVOJ LEGISLATIVY EUTANAZIE V ČR .....</b>	<b>7</b>
2.1 Současné postoje k eutanazii .....	8
2.1.1 Postoje parlamentu .....	9
2.1.2 Postoje lékařů.....	11
2.1.3 Postoje laické veřejnosti .....	13
<b>3 EUTANAZIE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH.....</b>	<b>15</b>
3.1 Holandský model.....	16
3.2 Belgický model.....	17
3.3 Švýcarský model.....	18
3.4 USA .....	19
3.5 Dílčí závěr .....	20
3.6 Eutanatická praxe v číslech .....	20
3.6.1 Holandsko .....	20
3.6.2 Belgie .....	22
3.6.3 Švýcarsko .....	23
3.6.4 Dílčí závěr .....	24
3.7 Kluzký svah .....	25
<b>4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>27</b>
4.1 Čtyři orientace přístupů ke smrti .....	27
4.2 Paliativní medicína .....	28
4.2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	29
4.3 Hospice .....	31
4.3.1 Hospice v ČR .....	32
4.3.2 Hospicová péče .....	32
4.4 Výzkumný projekt paliativní péče v ČR .....	34
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>37</b>
<b>ANOTACE.....</b>	<b>39</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>40</b>

*„Podstatou nelidskosti není krutost, ale nezájem.“*

*(G. B. Shaw)*

## Úvod

Eutanazie je v současnosti stále více diskutovanějším tématem, protože se jedná o citlivé otázky týkající se lidského života a smrti. Žijeme v době, kdy společnost přináší rozvoj v různých oblastech života a výjimkou není ani medicína, která v poslední době zaznamenala obrovské úspěchy a pokroky, co se týče vývoje nových léků, přístrojů a postupů při léčbě nemocí.

Některé nemoci, které dříve vedly ke smrti pacientů, se v dnešní době léčí s vysokým procentem úspěšnosti. Lékaři dokážou pomocí dostupných prostředků a léků prodloužit a zkvalitnit lidský život u některých, dříve vnímaných jako závažnějších onemocnění, i když stále s určitým omezením. Zkvalitňuje se průběh léčby a způsoby lékařských vyšetření, které jsou prováděny ve snaze co nejmenšího a zároveň nejméně bolestivého zásahu do lidského organismu. Všechny tyto pokroky jsou vnímány velmi pozitivně, z hlediska kvality života dnešní populace, a dávají nám naději dalších léčebných variant, pokud předcházející léčba nebyla úspěšná.

Medicína dokáže v mnohých případech mírnit nemocnému bolesti nebo je úplně potlačit, bohužel i nadále existují případy, kdy jsou tlumící prostředky neúčinné a to, co prožívá pacient, si nikdo z nás nedokáže představit, pokud se zrovna sám v této situaci nenachází. Ve „hře“ je také lidská psychika, která trpí, ale také možnost hromadného vraždění, v případě legalizace eutanazie prostřednictvím „špatného“ zákona. Ne všichni umírající jsou s touto rolí smíření, ne všichni umírají „důstojně“.

Otázkou tedy zůstává, zda je možné určit hranici mezi neustálou snahou prodlužovat lidský život a mezi předčasným ukončením tohoto marného boje? Je nutné chránit život člověka za každou cenu nebo má mít každý člověk právo naložit se svým životem podle svého uvážení, třeba právě prostřednictvím bezbolestné eutanazie?

Cílem této práce bude popsat eutanatickou praxi v zemích, ve kterých je možné eutanazii či asistovanou sebevraždu vykonávat, uvést jejich kritéria a rozdílnost. Dále budou zveřejněny a porovnány dostupné výzkumy mapující její skutečný dopad na život (smrt) člověka. Celá práce bude zpracována z pohledu České republiky jako země, která minulý rok projednávala návrh zákona o důstojné smrti, navrženého podle belgického modelu. Vzhledem ke skutečnosti, že byl většinovým hlasováním zamítnut, bude zpracována část o paliativní a hospicové péči, která se zaměřuje na pacienty v pokročilém a terminálním stádiu života.

Dosahuje tato péče v současnosti takových kvalit, aby byla odvrácena touha po eutanazii?

Práce je rozdělena celkem do 4 částí. První část bude věnována pojmu a formám eutanazie, jako vstupu do celé problematiky. Ve druhé části bude uveden nejdůležitější výčet projednávání eutanazie na parlamentní půdě v České republice, včetně uvedení postojů politiků, lékařů a laické veřejnosti k této problematice. Třetí část se bude zabývat eutanatickou praxí ve vybraných zemích a porovnáním dostupných studií z jednotlivých států. Čtvrtá část bude věnovaná péči paliativní a hospicové.

Při tvorbě této práce je využita analýza a kompilace názorů, syntéza jejich zjištění a následně interpretace výsledků.

# 1 Vymezení pojmu eutanazie a asistovaná sebevražda

Slovo euthanasia je převzato z řečtiny a znamená „dobrá smrt“ (eu = dobře, thanasos = smrt).

Autorem termínu euthanasia je anglický filozof Francis Bacon (1561 – 1626) a poprvé se objevuje v jeho díle „De dignitate et augmentis scientiarum“ (O důstojnosti a pokroku věd). Bacon říká, že vedle poslání lékaře obnovovat zdraví, by mělo být také mírnění bolesti nejenom tehdy, pokud povede k uzdravení, ale i v případě, že to pro člověka bude znamenat snadný a čestný odchod.<sup>1</sup>

Asistovaná sebevražda je forma eutanazie, při které ukončení života za asistence lékaře provede pacient sám.<sup>2</sup>

## 1.1 Formy eutanazie

Při pročitání článků s touto tematikou se často setkáváme s termínem aktivní a pasivní eutanazie. Oba tyto termíny byly většinou vysvětlovány volnou formou, která popisovala pokaždé jiné jednání, většinou lékaře, ovšem se stejným cílem a to definitivně zbavit trpícího bolestí a strastí, tedy přivodit mu smrt. Ovšem pokud se nad významy těchto pojmů, aktivní a pasivní eutanazie zamyslíme, zjistíme, že jsou tyto pojmy nesprávně chápány.

Velmi přehledné je objasnění termínů aktivní a pasivní eutanazie zpracované Munzarovou M.

„Dle Světové lékařské asociace (World Medical Association – WMA) je eutanazie vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka...

Pojem aktivní eutanazie vyjadřoval aktivní zásah vedoucí ke smrti (=zabití, například podáním smrtelné dávky „léku“), zatímco pojem pasivní eutanazie znamenal ustoupení od aktivity – nepokračování v léčebných postupech, což vedlo také ke smrti.

Pod pojmem pasivní eutanazie však mohly být schovány dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně nejednání s úmyslem zabít, v tomto případě

---

1 ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999, s. 95.

2 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, s. 126 – 128.

jde po mravní stránce o totéž, jako v případě přístupu aktivního, na straně druhé nepodání určité léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li nadměrně zatěžující, přinášejí-li umírajícímu nemocnému jen ještě další utrpení v jeho umírání a jsou-li již zbytečné a marné, tzn., není-li ani při jejich aplikaci naděje na trvalejší a podstatné zlepšení stavu pacienta.<sup>3</sup>

Je tedy důležité si uvědomit, že podání smrtící látky nebo nepodání léčby by mělo být označováno jako eutanazie bez rozlišování, zda se jedná o aktivní či pasivní formu, protože v obou případech se jedná o stejný záměr vedoucí ke smrti. Na rozdíl od tohoto nemůžeme termínem eutanazie označit ustoupení od další léčby či postupů, které jsou marné a zbytečné, a přináší nemocnému další utrpení. Jedná se o právo pacienta, které je v souladu s etikou lékařství.

## 1.2 Eutanazie, myslitelé a současnost

Platón (427-347 př. n.l.) v díle *Faidon* zvažuje možnost ukončení života v případě, že je nemoc vyčerpávající a neodvratitelná. V díle *Ústava* podřizuje jedince státu a to i v případě jeho smrti. Pokud je člověk společnosti neužitečný a nemocný, eutanazie je přípustná.<sup>4</sup>

Aristoteles (384 – 322 př. Kr.) odsuzuje eutanazii, protože by tak předčasně zbavovala stát svých členů a nepřipouští ji ani v případech útrpné a skličující smrti. Mravní ctnost spatřuje pouze v umírání v odvaze.<sup>5</sup>

K příznivcům eutanazie patřili například anglický filozof Thomas More (1478-1535) a francouzský filozof Michel de Montaigne (1533-1592), k odpůrcům například německý filozof Immanuel Kant (1724 – 1804).

Za nejkontroverznějšího zastávce eutanazie současnosti můžeme považovat amerického lékaře Dr. Jacka Kevorkiana, přezdívaného „doktor Smrt“. Asistoval zhruba 130ti sebevraždám, několikrát stanul před soudem, ale vždy ho zprostili viny. Za tuto činnost mu byla odebrána licence lékaře. Odsouzen byl pouze za jediný případ v roce

3 MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč ne eutanazii aneb, Být či nebýt?* 2. vyd. Ecce homo os 2008, s. 20-21.

4 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 26.

5 tamtéž



1999, kdy sám pacientovi podal na jeho přání smrtící injekci. Vystupoval otevřeně proti Hippokratově přísaze, která, podle něj, v dnešní době postrádá praktický význam.

Jeho život, včetně vybraných příběhů smrtelně nemocných, které Kevorkian na jejich přání sprovodil ze světa, je popsán v knize „Vražda nebo milosrdenství? – Dr. Smrt“, (Oehmke, T., Brovinsová, Joan M., 1996). Ke své činnosti používal přístroj nazvaný Thanatron, který fungoval na principu automatického vstříknutí drogy do žil, po stisknutí tlačítka klientem. Po odebrání jeho lékařské licence nahradil Thanatron Mercitronem, který fungoval na bázi plynu.

Z důvodu sestrojení těchto dvou přístrojů si vysloužil kritiku z řad příznivců eutanazie, podle kterých byly oba přístroje nedokonalé.

Na přelomu 19. a 20. století se v Evropě rozpoutala debata o zavedení eutanazie. Ve Velké Británii byla založena nejstarší společnost Voluntary Euthanasia, ovšem vývoj eutanazie se v této zemi ubíral zcela jiným směrem. Eutanazie zde nikdy nebyla povolena a v pozdějších letech zde probíhal rozvoj hospicové a paliativní medicíny, jako jediné možné alternativy eutanazie.<sup>6</sup> O hospicové a paliativní péči je pojednáno dále.

---

<sup>6</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2008, s. 53.

## 2 Vývoj legislativy eutanazie v ČR

V nynější trestněprávní praxi je eutanazie de lege lata zpravidla kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1. tr. zák.

„Za 1. republiky byly navrženy dvě osnovy trestního zákona. Osnova z r. 1926 předpokládá jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu, a jednak usmrcení ze soucitu, kdy může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtil-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt. Podle pozdějších návrhů z r. 1937 mělo být usmrcení na žádost z útrpnosti stíháno pouze jako přečin, ale tento návrh neprošel.“<sup>7</sup>

„Dne 21.7.2004 předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku České republiky. Mezi řadou novot v něm obsažených vzbudilo značnou odezvu jak mezi odbornou, tak laickou veřejností zejména v posledních letech tolik diskutované téma eutanazie, resp. otázka jejího případného trestněprávního postihu. Tato skutečnost měla být náležitě zohledněna a obsažena v ustanovení § 118 zákonného návrhu jako tzv. usmrcení na žádost „(1) *Kdo ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let. (2) *Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.**

Tímto ustanovením mělo být tak poprvé výslovně řečeno, že eutanazie jako usmrcení na žádost je trestný čin se všemi důsledky z toho plynoucími.“<sup>8</sup>

„JUDr. Pavel Šámal, Ph.D, hlavní autor návrhu zákona a soudce Nejvyššího soudu, k tomu dodal: „Do zákona jsme nový čin zanesli, protože je nutné rozlišit mezi ní a vraždou, která je mnohem závažnější čin.“

---

7 MÍŘIČKA, A. *Usmrcení na žádost a z útrpnosti podle osnovy trestního zákona*. Praha, 1929, s. 8.  
8 <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail>

„S ohledem na toto tvrzení je nutno dodat, že zatímco za vraždu dnes hrozí trest odnětí svobody v délce minimálně 10 let, v případě eutanazie by byla tato doba nejvíce šestiletá.“<sup>9</sup>

Problematika eutanazie se do médií a k rozsáhlým diskuzím opět vrátila v roce 2008 na základě návrhu zákona o důstojné smrti, který předložila senátorka Ing. Václava Domšová. Eutanazie se měla týkat jen pacientů, jejichž zdravotní stav je beznadějný, přetrvává fyzické nebo psychické utrpení, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevléčitelné nemoci. Podmínkou by byla předchozí písemná žádost pacienta.<sup>10</sup> Senát se tímto návrhem zabýval v září 2008, kdy byl posléze zamítnut (viz. kapitola 3.1.)

K eutanazii se také vyslovil, ve svém kandidátském projevu při volbě prezidenta v roce 2008, i prezident Václav Klaus, který se k ní staví jako odpůrce a uvedl: „Některými z vás jsem byl minulý týden označen za muže, který prezentuje extrémní či okrajové názory, a za muže včerejška. Chcete-li žít v budoucnosti, kdy bude zakázáno kouřit, ale drogy budou tolerovány, kdy staré a nemocné budeme milosrdně zbavovat života, kdy bude předepisováno, co máme jíst, pít a jak máme mluvit, nevolte mě.“<sup>11</sup>

## 2.1 Současné postoje k eutanazii

Rozhodnutí o legalizaci eutanazie není jednoduchou záležitostí a právě z tohoto důvodu, až na výjimky, byla legalizovaná pouze v některých státech. Pořád se nacházíme v zamotaném kruhu, obáváme se zneužití, a proto se raději přikláníme k přirozené smrti a s ní spojenému umírání člověka bez zásahu či pomoci druhé osoby. Ovšem naopak z nás mluví zkušenosti s umíráním našich blízkých, vidíme je trpět jak po psychické stránce, tak po stránce fyzické. Někdy nás sami žádají o rychlý konec jejich trápení a v tu chvíli se nám nabízí otázka, jestli by opravdu nebylo lepší nějakým zákonem umožnit zkrácení utrpení smrtelně nemocným. Do diskuzí o eutanazii vstupuje několik stran s protichůdnými názory nebo přesvědčením. Uveďme si tedy postoje parlamentu, lékařů a laické veřejnosti. Mezi postoji parlamentu jsou zařazeny některé

---

<sup>9</sup> tamtéž

<sup>10</sup> <http://www.newstin.cz/tag/cz/69456963>

<sup>11</sup> [http://zpravy.idnes.cz/klaus-se-stal-opet-prezidentem-ziskal-141-hlasu-svejnar-111-p25-/domaci.asp?c=A080215\\_091829\\_domaci\\_klu](http://zpravy.idnes.cz/klaus-se-stal-opet-prezidentem-ziskal-141-hlasu-svejnar-111-p25-/domaci.asp?c=A080215_091829_domaci_klu)

názory senátorů, kteří se zabývali návrhem zákona o důstojné smrti předloženém V. Domšovou, i když se jedná o lékaře.

### 2.1.1 Postoje parlamentu

Parlament je zákonodárný orgán, který spolupracuje na vzniku, změnách či zániku zákonů, tzn., že představuje tenkou hranici mezi přijetím a nepřijetím zákona o eutanazii. Otázkou ovšem je, jak moc velkou prioritu v dané zemi tato změna v zákoně představuje, resp. jak velký tlak způsobuje ve společnosti samotná veřejnost. Záleží také na subjektivním postoji každého senátora či poslance, který bude mít možnost toto rozhodnutí ovlivnit a zda kolem sebe bude mít příznivce či odpůrce eutanazie.

Na politické půdě v České republice nebylo této problematice doposud věnováno dostatek pozornosti, i když je, v poslední době toto téma, více diskutovanější. Dne 18.9.2008 proběhlo hlasování o návrhu zákona o důstojné smrti. V následujících odstavcích jsou vybrány některé názory hlasování přítomných.

MUDr. Přemysl Sobotka: „V Holandsku – a měl jsem tu šanci hovořit s hlavním iniciátorem zákona o euthanasii asi před osmi lety zhruba hodinu – tato diskuze trvala 25 let! V ČR začínáme. Tento zákon má samozřejmě řadu chyb, a navíc v některých paragrafech očekává doplnění a upřesnění vyhláškami, které nemáme k dispozici, a v tomto závažném tématu bychom je měli mít k dispozici. V současnosti nejen společnost, ale ani my, členové Parlamentu, nejsme dostatečně připraveni na fundovanou diskuzi, natož na jednání o paragrafovém znění tohoto zákona...“

Karel Šebek ...“A já, který jsem se opravdu bolestně loučil se svými nejbližšími, bych nikdy v životě, i kdyby mi po straně lékaři říkali: nemá šanci, nikdy bych nedokázal vyslovit větu: zemři, bude to pro tebe lepší! A nechci, aby žádný takový zákon tuto větu umožňoval, a vůbec ani vlastně nechci, aby se o tom už dále diskutovalo, protože diskutovat máme o tom, jak život mít hezčí a důstojnější, ale při umírání už je na tyto diskuse pozdě.“ *Podotýkám, že tento návrh měl umožnit volbu nemocného v terminální fázi, zkrátit jeho utrpení a ne řešit otázky, jestli bychom toto rozhodnutí blízkého psychicky unesli.*

MUDr. Tomáš Julínek: „...nepovažuji úplně za důležité debatovat o euthanasii jako o nějakém blížícím se fenoménu, který musíme dřív nebo později prodiskutovat, protože přijde na pořad dne. Nechme to prosím filozofům a etikům, aby se o tomto bavili, protože to hýbe společností, ale nebavme se o tom s tím cílem, že to nakonec zakončíme nějakým lepším zákonem, než je tento. ...Už sémanticky se podívejte, že lékař je od slova léčit. Tak si řekněte nějaké slovo pro lékaře, který se už nemůže v tu chvíli takto jmenovat, na co byste přišli a zjistíte, že neexistuje specifické slovo, které by mělo nějaký medicínský termín jako léčit, ale že vždycky dostanete k tomu „zavraždit nebo zabít“.

„Eutanazie může paradoxně někomu zlepšit život“ říká MUDr. David Rath, poslanec za ČSSD a stínový ministr zdravotnictví. Je česká společnost v současné době připravena na legalizaci eutanazie? „Ano, myslím, že se k tomuto blížíme, je na čase rozpoutat vážnou společenskou diskuzi na toto téma, osobně bych uvítal řešení během 3-4 let.“ Existují určité signály, že život nevléčitelných pacientů je ukončován už dnes... „Ano, děje se to. A dělo se to i dříve, v podstatě jsem se s tím jako lékař setkával už od začátku své kariéry před 20 ti lety. Souvisí to s humanistickým pojetím medicíny, je totiž nepřipustné prodlužovat zbytečné utrpení.“ Odpůrci eutanazie ale tvrdí, že dnes už existují léky, které umožní nemocnému klidně dožít bez utrpení... „Tvrdit mohou, ale pravda je jiná. Ano, většinu bolestí jsou dnešní léky schopné utlumit. Ale existují výjimky. A výše řečené ještě neznamená, že všichni lékaři umí silné léky proti bolesti správně používat. To je problém hlavně na odděleních pro dlouhodobě nemocné. Na to, aby lékař odhadl správné množství například opiátů, musí být velmi zkušený. Proto někteří lékaři dávají raději menší dávku, která dostatečně neúčinkuje. A to je další přínos eutanazie – pokud o ní takto léčený pacient požádá, odborník ji zamítne a místo toho navrhne účinnější způsob léčby. Institut „dobré smrti“ tak paradoxně může mnohým nevléčitelně nemocným zkvalitnit konec života. Pokud někde chybí zkušenosti lékařů, pak to jsou právě léčebny dlouhodobě nemocných a hospici.“

Vítězslav Vavroušek „Mně také nevádí diskuse na toto téma, ne pro eutanazii samotnou, ale že otevírá některá další témata. Neexistují stacionáře, které by měly vystaráno. V okamžiku, kdy v ústavu lidé hladoví, jsou dehydratováni, není poskytnuta péče psychologa, pro někoho třeba kněze, dle libosti – pokud prostě nejsme schopni v tuto chvíli zajistit komplexní péči o pacienta, tak neřešme eutanazii. Napřed se postarejme o důstojný pobyt seniorů v těchto ústavech, kde to – zdůrazňuji

– bez kvalifikovaného a početního personálu nikdy nepůjde. V akutní péči lze spoustu věcí nahradit technologiemi, novými postupy. V péči o dlouhodobě nemocné, zvláště pak s neztišitelnou bolestí, je člověk nenahraditelný. V okamžiku, kdy budeme mít zvládnutu důstojnou péči o tyto lidi, diskuse o eutanazii bude úplně někde jinde a považují ji za přípustnou“.<sup>12</sup>

Výše uvedené názory byly vybrány záměrně, protože i když každý vnímá tuto problematiku z jiných pohledů, v celku vystihují její závažnost. MUDr. Přemysl Sobotka upozorňuje na fakt, že Holandsko, které můžeme považovat za průkopnickou zemi, vedlo diskuze okolo eutanazie prakticky 25 let, ve srovnání s Českou republikou, a dále poukazuje na prozatím nedostatečnou právní úpravu v ČR. MUDr. Tomáš Julínek striktně odmítá jakékoli další debaty o eutanazii v souvislosti se stavěním lékařů do pozice, kdy budou na jedné straně životy zachraňovat a na straně druhé je o nás připravovat. Pevně stojí za Hippokratovou přísahou, protože poslání lékaře je léčit. MUDr. David Rath, stejně jako Vítězslav Vavroušek, jsou tématu diskuze nakloněni, protože vystihuje další problém, kterým je nedostatečná kvalifikovaná péče v zařízeních pro dlouhodobě nemocné a hospicích. Tyto argumenty jsou natolik důvodné, aby návrh zákona o důstojné smrti nebyl, prozatím, přijat.

### **2.1.2 Postoje lékařů**

Mnoho lékařů argumentuje proti zavedení zákona o důstojné smrti Hippokratovou přísahou. Etický kodex České lékařské komory<sup>13</sup> je proti eutanazii ošetřen v §2 Lékař a výkon povolání, odst. 7 „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Ovšem „Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“

MUDr. Zdeněk Schwarz: „Zaujala mě argumentace odpůrců eutanazie s odkazem na Hippokratovu přísahu<sup>14</sup>, která lékařům údajně brání eutanazii provést. Doslova uvádí: „Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli

---

<sup>12</sup> tamtéž

<sup>13</sup> <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=6>

<sup>14</sup> <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=41>

požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít).“ Jenže když budete číst celou přísahu, tak tam o odstavec výše naleznete i tento text: „Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku.“ A právě i tento text by se mohl použít v argumentaci proč eutanazii povolit“... „Když si tyto texty přečtete, tak musíte souhlasit s názorem, že Hippokratova přísaha dávno pozbyla svého významu a je pouhým klišé, protože dnešní doba i medicína, je už dávno někde jinde. Přísahu vlastně porušují všichni lékaři, kteří operují nebo provádějí pitvy, a kteří přednášejí, protože operovat bez řezání je obtížné a málo který lékař přednáší zadarmo a bez smlouvy. Stejně tak asi, málo který lékař se stará o své učitele.“<sup>15</sup>

Otázkou ovšem zůstává, kdo jiný než lékař by se této pomoci, smrtelně nemocnému a trpícímu pacientovi, mohl ujmout, pokud lékaři tuto „pomoc“ odmítají? Lékařova praxe je spjata s léčením, uzdravováním, ale také se smrtí. Jenom lékař může být kompetentní osobou, která objektivně posoudí pacientův momentální zdravotní stav v porovnání s dostupnými prostředky léčení.

Vážné námitky lékařů proti eutanazii vedou k argumentům, že pokud v současné době neexistují prostředky vedoucí k uzdravení pacienta, není vyloučeno, že třeba za půl roku dojde v medicíně k takovému převratu, kdy bude možné tu či onu nemoc, která má momentální nízké procento úspěšnosti léčby, léčit novými postupy, které toto procento úspěšnosti zvýší nebo dosáhne úspěšnosti stoprocentní. S tímto názorem nelze jinak, než souhlasit. Lékařská věda dosahuje obrovských úspěchů, co se týče objevů nových postupů a léků. Ovšem takové racionální naděje může mít pacient na začátku nebo v takovém stádiu nemoci, kdy se dá ještě takováto možnost předpokládat.

Nelze tím říct, že pacient na pokraji smrti, v důsledku pokročilého stádia nemoci, nemůže mít naději v uzdravení. Pokud ji má a doufá ve vyléčení, je to známka toho, že s nemocí bojuje, je mu poskytována kvalifikovaná lékařská péče a v neposlední řadě i podpora blízkých. Od těchto pacientů nikdy neuslyšíme podobné věty, jako: „...pane doktore, pomozte mi, prosím, definitivně ukončit moje nesnesitelné bolesti a trápení“.

---

15 <http://schwarz.blog.idnes.cz/c/43643/Eutanazie-versus-Hippokratova-prisaha.html>

Z tohoto vyplývá, že o eutanazii většinou žádají lidé, kterým se nedostává kvalitní lékařské péče v souvislosti s tlumením bolesti a lidé vážně tělesně postižení s výrazně omezeným či nulovým společenským uplatněním. Příkladem může být, v roce 2008 medializovaný, případ Francouzsky Chantal Sébireové, která trpěla nevléčitelným a bolestivým nádorem nosní dutiny, který ji připravil o čich, chuť i zrak a hrozným způsobem ji zohavil v obličeji.

U těchto pacientů je šance k vyléčení mizivá, resp. žádná a právě tady nemůžeme obecně argumentovat čekáním na vývoj medicíny, pokud v dané době takových prostředků není. V těchto případech, jako byl případ Chantal Sébireové, se z lítosti a z utrpení nemocí takto poškozeného člověka, přikláníme k zohlednění eutanazie v právní úpravě.

### **2.1.3 Postoje laické veřejnosti**

Pokud se v současnosti provádí průzkumy veřejného mínění, zda eutanazii právně zohlednit, přiklání se veřejnost v konečném výsledku spíše pro její zohlednění.<sup>16</sup> Je ovšem nutné podotknout, že veřejnost tuto problematiku vnímá většinou jednostranně tak, jak ji média právě zprostředkují. Pravdou je, že např. v televizi se o ní dovídáme pouze z šokujících příběhů nemocných pacientů, kteří v zoufalství žádají o povolení eutanazie třeba až u prezidenta dané země, nebo se eutanazie domáhají v zemích, kde je možná. Přesně tyto reportáže vzbuzují mezi veřejností obrovský ohlas a diskuze o tom, proč v dnešní době neexistují taková opatření, které můžou, za daných podmínek, pomoci zkrátit lidské utrpení způsobené konečným stádiem smrtelné nemoci, které je mnohokrát, pro danou osobu při fyzické deformaci, degradující.

Právě takto podané články a reportáže ze strany médií způsobují, že vzniká velký tlak veřejnosti k její zákonné úpravě. Ovšem na straně druhé, pokud je veřejnost dotazována, co pojem „eutanazie“ znamená, zjišťujeme, že si mnohdy tento termín mylně vykládá a někdy ani nedokáže specifikovat, v čem eutanazie spočívá.

Zastánci eutanazie ji dávají do spojitosti s veterinární praxí. Veterináře nikdo neobviňuje z vraždy, pokud podá smrtící injekci nemocnému zvířeti na pokraji jeho sil. Jeho výkon hodnotíme jako pomoc a zkrácení utrpení zvířat. Zvíře sice milujeme

---

<sup>16</sup> [http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709\\_214304\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709_214304_domaci_ost)



a nechceme ho ztratit, ale děláme všechno pro jeho dobro a pro zkrácení jeho trápení a bolesti.

### 3 Eutanazie ve vybraných zemích

Pro většinu zemí, které se rozhodují nad možností právní úpravy eutanazie, bývá předlohou návrhu zákona již zavedená praxe eutanazie nebo lékařem asistované sebevraždy v jiných zemích. Z tohoto důvodu je vhodné uvést podmínky, za kterých je možné eutanazii nebo asistovanou sebevraždu v daných zemích provést, pro ucelený náhled na tuto problematiku.

Z mnohých článků i z médií se dovídáme, že eutanazie je legální v Holandsku a Belgii. Když nahlédneme do slovníku cizích slov, zjistíme, že legální = zákonný, ve shodě s právním řádem. Jak je uvedeno dále, je ale eutanazie jak v Holandsku, tak i Belgii trestným činem. Pouze za splnění určitých podmínek, resp. postupů lékařů, nebude proti nim zahájeno trestní řízení.

V čem tedy spočívá legálnost eutanazie, pokud je stále vedena jako trestný čin v zemích, kde je legalizovaná? Jde o psané právo občana požádat lékaře o vykonání eutanazie, která jim je, za předpokladu splnění zákonem stanovených podmínek, poskytnuta.

Z výše uvedeného vyplývá, že termín legalizovaná eutanazie by měla být v současnosti vždy doplněna o slovo „vyžádaná“, aby byla správně chápána.

V následujících kapitolách jsou uvedeny eutanatická praxe a lékařem asistovaná sebevražda a podmínky pro jejich vykonávání v Holandsku, Belgii, Švýcarsku a USA. Prvním státem zohledňující eutanazii ve své právní úpravě se v roce 1995 stala Austrálie, konkrétně její Severní Teritorium. Po několika případech australská vláda, s ohledem na ústavu, tuto praxi zakázala. Vzhledem k této skutečnosti není Austrálii v další kapitole věnována pozornost.<sup>17</sup>

---

17 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, s. 126 .

### 3.1 Holandský model

„Historie holandského liberálního přístupu k eutanazii se začala psát v roce 1969, kdy lékař Jan Henrik van den Berg zveřejnil svou publikaci „Lékařská moc a lékařská etika“ a jednoznačně v ní navrhl, že by lékaři měli být ochotni zabít své těžce nemocné pacienty, zejména ty, kteří jsou ve vegetativním stavu.

V roce 1973 rozvířil hladinu veřejného mínění případ lékařky, která usmrtila svou imobilní a inkontinentní matku, která prý ji prosila o ukončení svého strastiplného osudu. Soudní proces s uvedenou lékařkou je možné považovat za klíčový, máme-li na mysli holandskou toleranci k eutanazii. To proto, že lékařka byla odsouzena jen symbolicky k podmíněnému trestu odnětí svobody v trvání jednoho týdne a také proto, že byly v souvislosti s tímto případem poprvé formulovány určité zásady, tzv. rotterdamská pravidla, podle kterých je možné připustit zabití nemocného a trpícího člověka<sup>18</sup>:

- „pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná
- pacientova žádost musí být dobře uvážena jasná a opakovaná
- pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností (jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými)
- eutanazii může provádět jedině lékař; lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti.<sup>19</sup>

„V roce 1993 proto došlo k novelizaci zákona o pohřbnictví, který nejen povýšil určitá kritéria pro provedení eutanazie na zákonnou normu, ale především zakotvil beztrestnost pro toho lékaře, který ji vykonal. V dalších letech pak logicky vzrůstal počet osob, které byly na vlastní žádost milosrdně usmrceny. Důsledkem je, že Holandský model byl dalším zákonem opět výrazně liberalizován.<sup>20</sup>

V roce 2001 byl schválen návrh zákona pod názvem „Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití“, kde bylo zároveň zdůrazněno, že se v žádném případě nejedná o legalizaci eutanazie a napomáhání k dobrovolné

---

18 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, s. 126 – 128.

19 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005, s. 33.

20 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, s. 126 – 128.

smrti, neboť obě formy ukončení života na žádost zůstávají trestné.<sup>21</sup> Částečný překlad textu tohoto návrhu zákona, který byl přijat oběma komorami nizozemského parlamentu, je uveden v Příloze 1.

Nová úprava zákona obsahuje například také ustanovení o tom, že i nezletilí mohou vyslovit přání o ukončení svého, nemocí zkoušeného, života, i když je nutné také spolurozhodnutí rodičů (u šestnácti až sedmnáctiletých) nebo výslovný souhlas zákonného zástupce (u dvanácti až šestnáctiletých). Tento zákon upravuje také postup hlášení (v roce 1990 Královská lékařská asociace vydala striktní pokyny hlášení, kdy lékař provádějící eutanazii a asistovanou sebevraždu informuje místního revizora pomocí rozsáhlého dotazníku, revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupce a ten poté rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoli<sup>22</sup>), kdy se ustanovují další komise, které teprve po vykonání aktu hodnotí, zda lékař postupoval dle stanovených předpisů.<sup>23</sup>

„Koncem roku 2004 byla světová veřejnost seznámena s tzv. Groningenským protokolem, který vypracovali nizozemští lékaři s cílem umožnit eutanazii i u novorozenců.“<sup>24</sup>

### 3.2 Belgický model

V roce 2002 dochází k legalizaci vyžádané eutanazie i v Belgii, ovšem stejně jako v Holandsku je i zde eutanazie trestným činem. Lékař v případě eutanazie musí dodržet stanovený postup, který následně přezkoumá speciálně stanovená komise.

Na rozdíl od Holandska se právní úprava, stanovující postup pacientů žádající o ukončení života, nepatrně liší. O smrt mohou žádat pacienti:

- „nevyléčitelně nemocní, kteří jsou vystavení stálému nesnesitelnému a nepotlačitelnému psychickému nebo fyzickému utrpení
- plnoletí nebo prohlášeni za plnoleté a přičetní
- zcela informovaní o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení
- kteří o eutanazii dvakrát požádají, přitom si musí být hluboce vědomi důsledků této žádosti

---

21 tamtéž, s. 128

22 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 34-35.

23 tamtéž, s. 35.

24 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén, 2007, s. 128.

- v případě, že pacient nebude v konečném stádiu nemoci, musí být vypracováno lékařské stanovisko o jeho prognóze.<sup>25</sup>

V zákoně je zahrnuta i možnost rozhodování se předem („advance directives“) o úmyslném ukončení života, je určeno personální obsazení při tomto dění včetně svědků („dva dospělí svědci, z nichž alespoň jeden nemá materiální zájem na smrti nemocného“). Každá vykonaná eutanazie musí být oznámena komisi, skládající se ze čtyř lékařů, čtyř profesorů medicíny, čtyř právníků a čtyř osob, kteří jsou v kontaktu s nevyлéčitelně nemocnými. Tato musí být do čtyř pracovních dnů, po jejím vykonání, odeslána kontrolní Federální a hodnotící komisi. Pokud je komise dvoutřetinovým hlasováním přesvědčena, že nebyly dodrženy zákonem stanovené podmínky, případ je odeslán veřejnému žalobci.<sup>26</sup>

### 3.3 Švýcarský model

„Zvláštní postavení ve věci eutanazie zaujímá Švýcarsko, kde byly návrhy zákonů umožňujících eutanazii podány již v roce 1975 a opakovaně v roce 1979, ale oba byly zamítnuty. Faktem ale je, že ve Švýcarsku už řadu let působí organizace s názvem „Exit (Exit Deutschschweiz a Exit Romandie) a od roku 1998 také Dignitas (Důstojnost), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ni požádají, a to s poukazem starý zákona z roku 1942. Podle Švýcarské ústavy totiž není pomoc k sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoistické (zejména vilní, ziskové atd.) zájmy.

Konkrétní praxe je ustálena takto: umírající projeví zájem o ukončení vlastního života a kontaktuje „důvěrného lékaře“ z organizace Exit nebo Dignitas. Po rozhovoru s ním podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a na základě receptu je mu poskytnuta smrtící látka. Vlastní akt asistované sebevraždy je proveden v prostorách uvedených organizací.

Uvedenou a stále se rozvíjející praxi uvítali nejen někteří švýcarští občané, ale také cizinci. Dignitas byla založena právníkem a novinářem Ludwigem Minellim právě proto, aby mohla pomáhat ke smrti cizincům.

Vznikly však obavy z nekontrolovatelného vývoje a dokonce i z tzv. eutanatické turistiky. „Turisté smrti“ prostě přijíždějí do Curychu (tam působí Dignitas), aby vypili

---

25 <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

26 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s. 50-51.

svůj „poslední hořký nápoj“. Proto se některé švýcarské nemocnice rozhodly (např. v Lausanne), že povolí přísně kontrolovanou formu asistované sebevraždy ve svých prostorách tím, že ke každému umírajícímu, žádajícímu o svou smrt, bude moci přijít lékař ze společnosti Exit.

Co se týče kritérií, která musejí být splněna, aby žádost umírajícího o milosrdnou smrt byla vyplněna, panuje shoda v názoru, že pacient musí být v terminálním stadiu života, byly vyčerpány všechny léčebné možnosti a není naděje na zlepšení stavu, trpí nesnesitelnými bolestmi a trvale a uvážlivě žádá o asistovanou sebevraždu.<sup>27</sup>

### 3.4 USA

„Zvláštní situace je ve Spojených státech amerických. Po druhé světové válce se krátce diskutovalo o problematice eutanazie a případném trestu za její provedení a vznikl dokonce návrh, aby právo na milosrdnou smrt bylo zakotveno do Charty Spojených národů. Vzhledem k politickým souvislostem (eutanatická praxe ve fašistickém Německu) nebyl návrh přijat a o eutanazii se dočasně přestalo hovořit. Zlom nastal v roce 1954, kdy Joseph Fletscher vydal kontroverzní knihu s názvem „Morálka a medicína“ (Morals and Medicine). Neskrýval, že je horlivým zastáncem eutanazie, což vzhledem k jeho vzdělání – teolog a zaměstnání, působil jako kněz, bylo překvapující.

Průlomem se staly práce Elisabeth Kübler – Rossové, zejména její prvotina „O smrti a umírání“ z roku 1969. Smrt přestala být tabu a o problematice umírání plném utrpení se začalo diskutovat i v souvislosti s případnou eutanazií.<sup>28</sup>

V roce 1997 vešel v Oregonu v platnost zákon, který lékaře opravňuje podat smrtelnou látku nemocnému, který je zletilý a kterému na základě lékařských vyšetření byla stanovena prognóza života v délce šesti měsíců. Jedná se o formu asistované sebevraždy, kdy umírající dostane recept na dávku barbiturátů, kterou sám požije bez přítomnosti lékaře.<sup>29</sup>

---

27 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 2007, s. 129-130.

28 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 2007, s. 131-132.

29

[http://www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_pain\\_symptom\\_control\\_and\\_palliative\\_care/volume\\_4\\_number\\_2\\_41/article/euthanasia\\_issues\\_implied\\_within.html](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_pain_symptom_control_and_palliative_care/volume_4_number_2_41/article/euthanasia_issues_implied_within.html) přeloženo google.cz

V USA byla jako zákonná norma v 36 státech zavedena možnost „living will, která podobně jako v Belgii „advance directives“ upravuje možnost, tzv. patientské „poslední vůle“. Má platit v situacích, kdy nemocný již není schopen sám osobně sdělit svá přání, kdy v tomto dokumentu autor písemně stanoví, jaké zákroky k prodloužení života odmítá v případě, že by smrtelně onemocněl nebo utrpěl smrtelný úraz.

V roce 1980 byla založena Hemloc Society, což je organizace, která poskytuje všem zájemcům o „bezbolestnou sebevraždu“ praktické metodické rady.<sup>30</sup>

### 3.5 Dílčí závěr

Holandský model předepisuje pouze jednu žádost smrtelně nemocného pacienta o eutanazii a navíc umožňuje na základě tzv. Groningenského protokolu z roku 2004, za stanovených podmínek, usmrctvat novorozence.

Belgický model zahrnuje dvojí žádání smrtelně nemocného pacienta o eutanazii, kdy mezi jednotlivými žádostmi musí být časový odstup minimálně jednoho měsíce a dále možnost člověka rozhodnout se o smrti předem, pokud se člověk dostane do situace, kdy nebude schopen sám o sobě rozhodovat - („advance directives“), stejně jako v USA - („living will“). Dále zohledňuje žádosti pacientů, kteří se momentálně nenachází v terminálním stádiu nemoci, ovšem za předpokladu zasedání speciální komise. V případě žádosti nezletilých, musí být tito nejprve prohlášeni za zletilé.

Švýcarský model, jako jediný, umožňuje podat smrtelnou dávku v případě, že jsou vyčerpány všechny léčebné možnosti také cizincům.

### 3.6 Eutanatická praxe v číslech

Pro ucelený náhled na tuto problematiku, jsou dále uvedeny výsledky eutanatické praxe.

#### 3.6.1 Holandsko

K připravované diskuzi o uzákonění eutanazie byla v 1990 provedena, na žádost holandské vlády, tzv. Remmelinkova studie. Tato studie procentuelně vyčíslila způsob úmrtí na základě následujícího dělení (128 786 úmrtí v Holandsku za r. 1990):<sup>31</sup>

---

30 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 2007, s. 129-130.

- aktivní (chtěná) eutanazie 1,8%
- asistované suicidium 0,3%
- život ukončující aktivity bez explicitní a trvalé žádosti 0,8%
- 17,5% pak připadá na vrub zkrácení života v důsledku tlumení bolesti vysokými dávkami opiátů
- 17,5% na vrub nenasazení nebo vysazené léčby v situacích, kdy by pravděpodobně její aplikace život prodloužila.

Na základě rozhodnutí lékařské asociace, které plynulo ze zjištěných výsledků výše uvedené studie, vešel r. 1991 v platnost postup hlášení úmrtí, který musí lékař striktně dodržet, v případě provedení vyžádané eutanazie nebo asistované sebevraždy: (lékař provádějící eutanazii nebo asistovanou sebevraždu informuje místního revizora pomocí rozsáhlého dotazníku, revizor podá hlášení generálnímu prokurátorovi a ten poté rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoli). Tento postup byl přijat z důvodu zprůhlednění takto hlášených úmrtí a následně zapříčinil nárůst hlášených případů až o jednu třetinu.<sup>32</sup>

Z důvodu porovnání hlášených úmrtí zjištěných z Remmelinkovy studie (1990) a hlášených úmrtí po zavedení dodržování přísných pravidel hlášení ze strany lékařů, byla r. 1995 a následně r. 2001 provedena kontrolní studie (Paul van der Maas J).<sup>33</sup> Tato studie se skládala z rozhovorů s lékaři a dotazníkové metody, a vykazuje následující čísla: (1995: eutanazie 2.3%, 2.4%; suicidium za asistence lékaře 0.4%, 0.2%; ukončení života bez explicitní žádosti pacienta 0.7%, 0.7% a v roce 2001 (eutanazie 2.2%, 2.6%; suicidium za asistence lékaře 0.1%, 0.2%; ukončení života bez explicitní žádosti pacienta 0.6%, 0.7%) viz. Příloha 2.

Ze studie vyplývá, že se počet vykonané eutanazie za rok 1995 a 2001 oproti roku 1990 zvýšil, kdežto výsledky asistované sebevraždy a ukončení života bez explicitní žádosti pacienta zůstaly ve všech zkoumaných obdobích prakticky nezměněny. Pokud pomineme procentuelní vyjádření úmrtí z důvodu eutanazie a asistovaného sebevraždy, je ovšem nepřehlédnutelným výsledkem skupina ukončených životů bez explicitní žádosti pacienta. O to víc, pokud se tato hodnota,

31 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, str. 32-36.

32 <http://lib.bioinfo.pl/meid:223675> přeloženo google.cz

33 <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>, přeloženo google.cz



po zavedení povinného hlášení, minimálně nesnížila a pokud jsou taková úmrtí pacientů ze strany lékařů hlášena, jak kdyby byly v souladu s právní úpravou.

Lékař může „usmrtit“, ale jen na základě kompetentnosti osoby a její uvážené, výslovné a opakované žádosti. V případě, že tyto podmínky lékař dodrží, nebude trestně stíhán. Zde je však naprosto zřejmé, že podmínky postupu hlášení, zaručující beztrestnost lékaře dodrženy nebyly, pokud chyběla explicitní žádost pacienta. Na základě jakých pokynů tedy holandsští lékaři „milosrdně zabíjí“ pacienty bez explicitní žádosti?

### **3.6.2 Belgie**

V české literatuře, která se týká problematiky eutanazie, nebyly výzkumy belgického modelu zjištěny. Je možné je ovšem získat na mezinárodních internetových stránkách.

V letech 2005 – 2006 byla provedena první studie, pokrývající celou zemi, zaměřená na zjištění způsobů ukončení života. Vzhledem k tomu, že se Belgie skládá z nizozemsky (60% populace) a francouzsky mluvící komunity (40% populace), byla tato studie dále zaměřena na zjištění přístupů obou komunit k jednotlivým způsobům ukončení života. Do studie byli zapojeni prostřednictvím dotazníků praktičtí lékaři, kteří představují stěžejní článek v poskytování zdravotní péče.

Výzkum rozděloval všechny hlášené úmrtí do dvou skupin. V první skupině byly započítány úmrtí náhlé, zcela nečekané a ve skupině druhé úmrtí koordinované, které mělo následující členění:

- 1) nepodání léčby s úmyslem usmrtit
- 2) mírnění bolestí podáváním vysokých dávek léků
- 3) eutanazie/asistovaná sebevražda na žádost pacienta
- 4) podávání vysokých dávek léků se záměrem usmrtit – bez explicitní žádosti pacienta

Pokud jde o proces rozhodnutí, zkoumalo se dále, zda bylo rozhodnutí přijato po diskusi s pacientem, na jeho výslovnou žádost, a zda byl pacient příslušný k rozhodování.

Ve zkoumaných letech 2005 – 2006 bylo hlášeno 2690 úmrtí, z nichž 64,3% představovalo úmrtí koordinované. Ze studie bylo ovšem vyloučeno 41 případů, z důvodu chybějících požadovaných údajů. Výchozím číslem pro tuto studii tedy představovalo 1690 koordinovaných úmrtí, tzn., že 47% úmrtí představovalo rozhodnutí o možnosti zkrácení života:

- 1) nepodání léčby s úmyslem usmrtit (16,2%)
- 2) mírnění bolestí podáváním vysokých dávek léků (27,7%)
- 3) eutanazie/asistovaná sebevražda na žádost pacienta (1,3%)
- 4) podávání léků se záměrem usmrtit – bez explicitní žádosti (1,6%)<sup>34</sup>

Ze studie dále vyplynulo, že na rozdíl od holandsky mluvící komunity, je francouzsky mluvící komunita více zaměřena na prodlužování života i v případě smrtelného onemocnění pacienta. Tato rozdílnost je zřejmě dána lékařskou kulturou obou komunit. Severní – nizozemská komunita sousedící s Holandskem mohla být ovlivněna holandským přístupem ke způsobům umírání, kdežto francouzsky mluvící komunita má užší vztah k zemím jižní Evropy, kde je tendence život smrtelně nemocného pacienta prodlužovat.

Co se týká eutanazie a asistované sebevraždy, byla tendence k vyššímu výskytu v nizozemské komunitě. Tyto skutečné rozdíly nebyly statisticky významné, nejspíš vzhledem k malému počtu pozorovaných případů.

Tato studie je ovšem k uvedeným číslům kritická, zejména z důvodu nízkého počtu zúčastněných praktických lékařů a dále k počtu vyřazených dotazníků, které mohly uvedená čísla pozměnit.

### 3.6.3 Švýcarsko

„V roce 2000 žádost o eutanazii formulovali 3 cizinci, v roce 2003 již 260 osob (z toho 93 cizinců). V dalších letech docházelo opět k nárůstu počtu žádajících. Podle posledních údajů zemřelo v roce 2005 s pomocí organizací Dignitas a Exit celkem 350 osob.“ Asistovanou sebevraždu je ve Švýcarsku možné provést, podobně jako v Holandsku a Belgii jen u těžce somaticky nemocných pacientů, ovšem ukazuje se, že tento způsob úmrtí byl praktikován u několika duševně nemocných.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/79> přeloženo google.cz

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. 2007, s. 129-130.

Kromě počtu hlášených úmrtí se světové výzkumy zajímají také o důvody, které umírající vedou k touze po eutanazii nebo asistované sebevraždě.

Americká zdravotnická asociace JAMA (březen 1996)<sup>36</sup> vyhodnotila na základě anonymních dotazníků, které byly zaslány náhodně vybraným lékařům, že častou obavou pacienta je ztráta kontroly a důstojnosti.

Podle výzkumu Jamese Laveryho (2001)<sup>37</sup> ve spolupráci s Národním ústavem zdraví USA byla provedena studie ze vzorků 32 HIV pozitivních a lidí s AIDS, kdy bylo zjištěno, že hlavním faktorem žádostí o eutanazii či asistovanou sebevraždu není nesnesitelná bolest, ale dezintegrace, ztráta sociálního postavení a komunity.

### 3.6.4 Dílčí závěr

Srovnání výsledků eutanatické praxe ve výše uvedených zemích, je těžké už jen z toho důvodu, že např. v Nizozemí byly provedeny kontrolní studie po zavedení konkrétních právních úprav. Na rozdíl od Belgie proběhla, prozatím, jedna rozsáhlejší studie, která zohledňovala celé její území, ovšem je kritická k nízkému počtu zúčastněných praktických lékařů a tedy i počtu výchozích hlášených úmrtí. Švýcarsko, stejně jako Nizozemí, nabízí možnost srovnání výsledků z předešlých let, ovšem od Nizozemí a Belgie se Švýcarsko liší způsobem předčasného ukončení života asistovanou sebevraždou, která je poskytována příslušnými organizacemi a to i pro cizince.

Srovnávacím ukazatelem těchto praxí může být úmrtí bez explicitní žádosti smrtelně nemocného pacienta, které se objevuje jak v holandské, tak belgické studii. I když tento ukazatel zůstává v Nizozemí relativně neměnný a v Belgii prozatím nemůžeme prokázat jeho nárůst či pokles (z důvodu provedení pouze jedné studie) vše nasvědčuje tomu, že i přes stanovená kritéria nejsou ve všech případech právní normy dodržovány. Ve Švýcarské studii tento ukazatel není uváděn, zřejmě z důvodu, že pacient musí být schopný dopravit se do příslušné organizace a smrtící dávku požit sám.

---

36 <http://lib.bioinfo.pl/meid:241150> přeloženo google.cz

37 <http://www.scienceblog.com/community/older/2001/B/200112828.html> přeloženo google.cz

### 3.7 Kluzký svah

Nejenom na základě nepatrného, výše uvedeného výčtu průzkumů, které mapují eutanatickou praxi je nesporné, že se společnost obává a mluví o kluzkém svahu. Ovšem co si pod tímto pojmem představit? Jde vlastně o možnost zneužití této praxe v případě, že není dostatečně, z právního hlediska, ošetřena? Jedná se o zneužití koho a kým? Eutanazie jako „milosrdná smrt“ má pomoci smrtelně nemocným a fyzicky trpícím lidem a to definitivně, ovšem jak zveřejňují průzkumy, skončily tak životy pacientů nejenom za předpokladů a postupů, které si zákonem vymezily některé země. Zemřeli tak např. i lidé s problémy psychického rázu nebo ti, kteří nedali pokyn k vykonání eutanazie, protože již nebyli kompetentní takový čin zamítnout...

Na straně jedné požadujeme po lékařích, aby eutanazii nebo asistovanou sebevraždu prováděli, a to jen z toho důvodu, že umí manipulovat s injekcemi, a že vědí, která látka a v jakém rozsahu je aplikovatelná k tichému a bezbolestnému odchodu člověka ze světa. Na straně druhé mu určujeme pravidla, při kterých situacích tak učinit může. Nesmíme ale zapomínat, že i lékař je jen lidskou bytostí a nikdo z nás, pokud není lékařem, si nedokáže představit, jaký psychický nátlak může vyvíjet smrtelně nemocný pacient na lékaře, žijící v zemi, kde je vyžádaná eutanazie legalizovaná, pokud třeba nesplňuje podmínku fyzické nesnesitelné bolesti. Jeho bolesti mu mohou být úspěšně tlumeny, ovšem přeje si zemřít třeba proto, že se bojí konečné fáze nemoci.

Říkáme ano, pokud mluvíme o nedodržování zákonem stanovených postupů lékařů (viz. ukončené životy bez explicitní žádosti – Holandsko, Belgie). Tyto postupy, dle průzkumů, ve všech případech dodržovány nejsou. Ovšem „jenom“ z tohoto důvodu se kluzkého svahu obávat nemusíme. Naopak, s kluzkým svahem musíme počítat vždy, pokud se jedná o čemkoli, co se člověka týče. Příkladem je holandské přijetí Groningenského protokolu k umožnění eutanazie i u novorozenců. Proč čekat na to, až si dítě, v rámci svého vývoje, začne uvědomovat svoji odlišnost a „zbytečnost“ svého života a neulehčíme mu těchto těžkostí z odlišného života zavčas? Stejně tak si mohou v zemích praktikujících vyžádanou eutanazii nebo asistovanou sebevraždu za několik let klást otázku, zda neumožnit toto rozhodnutí třeba seniorům, kteří

vykazují věk nad 70 let, nemají blízkého ani příbuzného člověka, trpí depresemi a jejichž důchod se pohybuje pod určenou hranicí...?

Nemluvme tedy o strachu z možnosti zneužívání eutanazie nebo asistované sebevraždy, ale vezme, že cokoli je vymyšleno člověkem a cokoli se člověka týče, zneužitelné už je a nadále vždycky bude.

## 4 Paliativní a hospicová péče

V diskuzích o eutanazii zůstává v jejím stínu, i v současnosti, paliativní medicína a hospicové zařízení. Možná právě z důvodu nezájmu dnešní společnosti o tuto smutnější stránku života a zaměřování se pouze na „normální“ a aktivní život, možná také z důvodu malé informovanosti těchto zařízení o svých službách, nevíme přesně, co smrtelně nemocným nabízí. Paliativní medicína a hospicové zařízení v nás vzbuzují představu o ponurých klášterech, kde je útrpné umírání osob, o které není zájem a které z pohodlnosti a časové vyčízenosti jejich blízcí odstranili ze svých domácností, na denním pořádku.

Přitom víme, jak velké riziko v dnešní době představují civilizační onemocnění, jako jsou například nádorová onemocnění. Už jen z tohoto důvodu bychom se měli aktivně zajímat i o tuto smutnou část života, i když se nás zrovna v danou chvíli netýká.

### 4.1 Čtyři orientace přístupů ke smrti

Filip Ariés popsal čtyři orientace přístupů ke smrti a umírání v rámci vývoje společnosti. Pro všechny období je charakteristické, že smrt byla a stále je považována za nevíтанou a zdůrazňuje odklon od smrti a umírání s postupným vývojem společnosti.

První orientace je vyčleněna od nejstarších dob až do středověku. Smrt byla považována jako přirozená běžná záležitost, která je nedílnou součástí života („neškodná, krotká, ochočená smrt, smrt jako soused“). V tomto období byla smrt na denním pořádku, lidé viděli umírat druhé, připravovali se na smrt svou a podporovali druhé v jejich posledních chvílích. Nešlo pouze o bolest a starost o nemocného v kruhu rodinném, smrt člověka se týkala také blízkého okolí, kdy podporu smrtelně nemocnému přicházeli vyjádřit i sousedé. Každý viděl umírat své přátele a příbuzné a každý se připravoval na svou smrt. Smrt byla velmi blízkým, i když většinou nevítaným druhem.

12. až 15. století je charakteristické pro druhou orientaci, ve které si člověk začal uvědomovat sebe sama jako individualitu vůči společnosti. Smrt vnímána dříve jako záležitost okolí byla nahrazena důrazem na vlastní smrt každého jednotlivce. V této době se začala rozvíjet literatura, nazývaná *Ars moriendi*, která byla součástí literatury

regulující lidské chování. Jednalo se o návody, které popisovaly, jak se chovat při vlastním umírání nebo umírání jiného člověka.

19. století charakterizuje třetí orientace: „smrt jiného“. Na smrt bylo pohlíženo jako na soukromou záležitost každého jednotlivce. V důsledku postupného vyčleňování smrti je vnímána s vyšší mírou bolesti proto, že vzájemně milované a blízké napořád odloučí. Pro zmírnění těchto bolestí tu sehrávala jistou míru psychické podpory a snazšího vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka představa vzájemné setkání po smrti.

20. století charakterizuje čtvrtá orientace: „popření, odmítání smrti“. Mezi největší hodnoty současnosti patří zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý, snadný a bezstarostný život. Smrt je stavěna na okraj běžného života, je uzavírána do nemocničních a zdravotnických zařízení. Pokud je to možné, není zatahována do našich plánů věčného zdraví, nejlépe je o ní nic nevědět a nepřemýšlet.<sup>38</sup>

## 4.2 Paliativní medicína

Přesné vymezení pojmu paliativní medicína nebo paliativní péče není prozatím definováno.

Světová zdravotnická organizace (WHO) podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- 1) „poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení
- 2) přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces
- 3) neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti
- 4) integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty
- 5) nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti
- 6) nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- 7) pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí
- 8) podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- 9) je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie a zahrnuje

---

38 MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 57-59.

všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení.<sup>39</sup>

#### 4.2.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována lékaři ve zdravotnických zařízeních, kteří ji poskytují pacientům v pokročilém stádiu nemoci v rámci své klinické práce. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby na kvalitu života, léčby symptomů a psychosociální podpora.

Specializovaná paliativní péče je poskytována odborníky se speciálním vzděláním v oblasti paliativní péče. Její hlavní náplní je poskytování této péče a nastupuje tam, kdy obtíže přesahují možnosti lékařů obecné paliativní péče.

Mezi základní formy specializované paliativní péče patří:

- Domácí paliativní péče - je poskytována formou návštěv specializovaných lékařů zdravotnického personálu, včetně dobrovolníků a dalších členů hospicového týmu. Jedná se o nepřetržitou službu bez ohledu na víkend či noc. Tento tým dále aktivizuje rodinu, která je nedílnou součástí tohoto procesu.
- Lůžkový hospic - snahou je vytvořit domácí atmosféru pro pacienty v preterminálním a terminálním stavu<sup>40</sup>, kdy je kladen velký důraz na jejich individuální přání a potřeby.
- Konziliární týmy paliativní - pacient zůstává ve zdravotnickém zařízení nebo léčebně a tým odborníků, v minimálním složení lékař, sestra, sociální pracovník, přichází za ním.
- Oddělení paliativní péče - zřizováno v rámci jiných zdravotnických zařízení pro pacienty, kteří potřebují jak komplexní paliativní péči, tak i služeb nemocnic. Oddělení paliativní péče slouží jako základna pro konziliární tým paliativní péče.

Paliativní péče ve formě konziliárních týmů není v ČR prozatím rozšířena a oddělení paliativní péče, která je základnou pro konziliární týmy v ČR prozatím neexistuje.<sup>41</sup>

---

39 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 62-63.

40 za terminální stav se považují obvykle poslední týdny a dny onemocnění

41 SLÁMA, O. a spol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007, s. 30-31.



Stěžejní oblastí paliativní medicíny je sledování a kontrolování míry bolesti a jejich příznaků. Dále je nutná provázanost této kontroly s odborně vedenou komunikací s pacientem za předpokladu otevřené a pravdivé diskuze o všem, co je jeho momentální touhou vyslovit. V této komunikaci je zapotřebí dávky empatie a trpělivosti, protože právě ta je důležitá k okolnostem, aby pacient přijal neodvratitelné utrpení a smrt jako součást jeho nezvratného stavu. Je nutné mít na zřeteli nejen psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta, ale i podporu jeho rodině. Důležitou součástí této medicíny je rehabilitace s ohledem na omezenou pacientovu možnost realizovat sociální vztahy a životní úkony.<sup>42</sup>

Můžeme tedy říct, že paliativní péče je odborně soustředěna kolem smrtelně nemocného pacienta, který v tomto těžkém období potřebuje zvláštní péči a přístup nejen od zdravotníků. Je výsledkem spolupráce lékařů, ošetřovatelů, psychologů a dále kombinací dalších vědních disciplín dle potřeby, jakou je např. i sociální práce, ve snaze aplikace správného přístupu udržet pacienta v co nejlepším fyzickém a psychickém stavu. Velmi důležitou a náročnou úlohu ze strany lékaře představuje komunikace, protože neexistuje univerzální návod, jak se smrtelně nemocnými komunikovat z důvodu různorodosti jejich nemocí, potřeb a prožitků.

Z těchto důvodů je paliativní péče samostatným specializačním oborem v lékařství. Poskytuje taktéž psychosociální podporu rodině umírajícího, které pomáhá překonat komunikační bariéru s umírajícím. Smrtí nemocného tato péče nekončí, ale dále se zaměřuje na doprovázení pozůstalých. V rámci této náročné péče o člověka dochází i k angažovanosti dobrovolníků, která je organizovaná lékařem. Přítomnost těchto dobrovolníků bývá velkým přínosem, protože vyplňuje čas nemocného v době, kdy se jeho nejbližší nenachází zrovna v jeho blízkosti.

Elisabeth Küblerová – Rossová popsala, že samotné přijetí smrti člověkem je procesem probíhajícím v pěti fázích. Je charakterizováno určitým chováním a vnitřními prožitky pacientů. Dále popisuje, jak na pacientovy prožitky reagovat, aby pro něho byla naše přítomnost, po psychické stránce, co nejpřínosnější. Je důležité podotknout, že tyto fáze nemusí zachovávat pravidelný sled, ale mohou se prolínat, nebo se vracet.

---

42 VIRT, GÜNTNER. *Žít až do konce - Etika umírání, smrti a eutanázie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 36- 37.

**První fáze:** „negace (šok, popírání)“, ve které pacient nepřijímá sdělení, že se jeho osoby takováto skutečnost dotýká. Je důležité navázat s ním kontakt, zejména ze strany lékaře, a získat v něm důvěru.

**Druhá fáze:** „agrese (hněv, vzpoura)“, při které si klade otázky, proč zrovna ho stihl takovýto osud, hledá viníky a je vyčítavý k nespravedlnosti. V této fázi je nutná míra porozumění a nepohoršování se nad jeho zlobou.

**Třetí fáze:** „smlouvání (vyjednávání)“, je ochoten udělat cokoli pro znovunabytí plného zdraví, vyhledává léčitele a zázračné léky. Důležitá je trpělivost jeho blízkých jejich kontrola nad kontakty s osobami distribuující zázračné léky.

**Čtvrtá fáze:** „deprese (smutek)“ je obavami z utrpené ztráty, konce života a zaopatření rodiny. V této fázi bychom měli trpělivě naslouchat, snažit se urovnat vztahy, případně hledat řešení na zajištění rodiny.

**Pátá fáze:** „smíření (souhlas)“ představuje pokoru, vyrovnání se s nemocí. V této fázi sice pacient přijímá fakt blízké smrti, ovšem pro jeho rodinu a blízké je tato fáze nejvíce bolestná. Psychická podpora je nutná jak na straně pacienta, tak na straně jeho blízkých.<sup>43</sup>

### 4.3 Hospice

Slovo hospice je anglické původu, překládá se jako domov nebo útočiště a ve středověku byl používán pro tzv. domy odpočinku. V tomto období ještě neplnily funkci dnešních hospiců, ale představovaly útočiště pro poutníky, kteří v nich nabírali síly na další cesty. S postupem času tyto domy zanikly, ovšem na základě iniciativy Mery Aikdenheadové byla v polovině 18. století v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající nazvána Hospic. Jednalo se o péči poskytovanou sesterskou charitou.<sup>44</sup>

K rozvoji těchto zařízení dochází ve 20. století, kdy v roce 1905 charita irských sester poskytovala péči o nemocné v St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. K velkému nárůstu těchto zařízení ovšem dochází až v polovině 20. století z iniciativy Cicely Saundersové, která se již v mládí zaobírala koncepcí péče o umírající s cílem zajistit těmto lidem specifické podmínky zmírňující jejich utrpení.<sup>45</sup>

---

43 KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992, s. 134.

44 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, s. 45-46.

45 tamtéž

### 4.3.1 Hospice v ČR

V České republice se hospice začínají rozvíjet v pozdějších letech. V rámci nemocnice Babice nad Svitavou se v roce 1992 otevírá první oddělení, které poskytuje paliativní péči. V roce 1993 vzniká pod záštitou lékařky Marie Svatošové občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí s názvem Ecce homo. Velkým úspěchem tohoto sdružení bylo vybudování prvního samostatného Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. „Ecce homo chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho poučení až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice.“<sup>46</sup>

Po roce 1995 se hospicová zařízení v České republice začínají rozšiřovat a kromě Karlovarského, jsou zastoupeny ve všech ostatních krajích. Veškeré informace o těchto zařízeních lze najít na internetových stránkách [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz), na kterých je možné vyhledat literaturu v souvislosti s touto tematikou, příspěvky odborníků, upozornění na semináře, atd.

### 4.3.2 Hospicová péče

Hospicová péče je určitá forma paliativní péče (lékařská, ošetrovatelská a rehabilitačně-ošetrovatelská činnost), která je poskytována preterminálně a terminálně nemocným s cílem eliminovat obtíže spojené s diagnózou, jejich komplikace a soustředění se na bio-psycho-spirito sociální potřeby nemocného. Je možné ji poskytovat ve třech základních formách:

- 1) **Lůžkové zařízení** – uskutečňuje se přímo v samotném zařízení hospice v případě, že je zdravotní stav nemocného natolik vážný, že je forma domácí nebo stacionární péče (viz. níže) zcela nevyhovující potřebám pacienta, nebo tato péče není ze strany pacientovy rodiny v moci vykonání, ať už z jakéhokoli důvodu. U této formy péče se předpokládá, že zde pacient dožije poslední chvíle svého života. Při zlepšení jeho zdravotního stavu lze pak po určitou dobu poskytovat péči domácí či stacionární.
- 2) **Stacionáře** - jsou součástí hospice a plní funkci denního zajištění péče nemocnému. Je vyhovující pro nemocné bydlící v blízkém okolí stacionáře.

---

46 tamtéž, str. 47.

Jde o přijatelnou formu jak na straně pacienta, tak na straně jeho nejbližších, kdy je nemocnému přes den zajištěna náležitá odborná péče a večer může trávit se svými nejbližšími v kruhu rodinném.

- 3) **Domácím prostředím** - je nejlepší variantou pro nemocného, protože se nachází v prostředí, které je mu notoricky známo, je pro něho domovem a nemusí se podřizovat dennímu režimu hospice. U této formy péče je nutné zajištění určité úrovně domácího zázemí za předpokladu značné angažovanosti rodiny. Součástí této péče je pomoc kvalifikovaných pracovníků pečující rodině. Bohužel ne vždy je v moci rodiny takové zázemí svému nejbližšímu poskytnout, ať už z důvodu psychické vyčerpanosti nebo finanční.<sup>47</sup>

Hospicové hnutí zastává zásady, které jsou v iniciativě a snaze podporovat dle možností kvalitní život nemocného člověka až do konce jeho života. Vzhledem ke skutečnosti, že jsou komplexně respektovány jeho tělesného, duševní, sociální a duchovní potřeby umírajícího, je nezbytné, aby pracovníci těchto zařízení procházeli doplňkovým vzděláním.<sup>48</sup>

MUDr. Marie Svatošová ve své knize, která má několik vydání, „*Hospice a umění doprovázet*“. Praha: Ecce homo, 1995.“ na základě svých zkušeností seznamuje širokou veřejnost s fungováním hospicových zařízení. Přínosnou součástí této knihy jsou zprostředkované prožitky, potřeby a chování smrtelně nemocných pacientů, které jsou následně MUDr. Svatošovou interpretovány tak, abychom je mohly správně pochopit. Tato kniha příkladně uvádí stěžejní témata rozhovorů, jako jsou např. obavy ze smrti, deprese, strach, ke kterým ve styku se smrtelně nemocným dochází, a zároveň nás směřuje, jak v daných komunikacích reagovat.

Do této spolupráce jsou zapojováni, jak bylo zmíněno, neplacení dobrovolníci. V dnešní době jsou tyto aktivity stále více podporovány v rámci integrace zdravých s nemocnými. Přináší pomoc tomu, kdo ji potřebuje, a také představují zdroj obohacení v mezilidských vztazích. Působí v hospicových zařízeních, ovšem jejich služeb je využíváno i v nemocničních zařízeních, zejména na odděleních, kde se pacienti léčí se závažnějším onemocněním, ať už jde o děti, dospělé či seniory. Jejich přítomnost

---

47 [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)

48 VIRT, GÜNTNER. *Žít až do konce - Etika umírání, smrti a eutanázie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 45.

je potřeba prakticky po celý den. I když lékaři na těchto odděleních plní svoje poslání, jejich lékařská péče zde však začíná být nedostačující. Vážně nemocné nelze izolovat od rodin a blízkých nastavením odpoledních návštěvních hodin. Jsou plni otázek, strachu, potřebují společenský kontakt a komunikaci s druhými. Právě v nepřítomnosti svých příbuzných sehrává dobrovolnická činnost důležitou úlohu.

Dobrovolníci působí nejenom na lůžkových odděleních, ale i v ambulantním provozu, jako je tomu například v Masarykově onkologickém centru v Brně. Zde se snaží pacientům zkrátit dobu v čekárnách popovídáním, mají-li zájem, nebo jim posloužit přinesením občerstvení. Tyto dobrovolnické projekty jsou organizovány nemocnicí, přičemž každý dobrovolník musí splňovat základní podmínky, jako je například věk nad 18 let, čistý trestní rejstřík a úspěšné absolvování psychologických testů.

Tendencí současnosti je poskytnout umírajícímu určitý komfort spočívající v poskytování specifických potřeb. Poskytuje ovšem pacientům tato péče kvalitní a přínosné služby? Je dostupná všem, kteří tyto služby potřebují?

#### **4.4 Výzkumný projekt paliativní péče v ČR**

V letech 2003 – 2004 byl v České republice uskutečněn, pod záštitou hospicového občanského sdružení Cesta domů, projekt s názvem „Paliativní péče v ČR“.

„Cílem tohoto projektu bylo:

- popsat současný stav péče o umírající v naší zemi,
- identifikovat hlavní slabiny této péče a překážky jejího zkvalitnění,
- navrhnout koncepci paliativní péče vedoucí ke zlepšení péče o umírající.“

V roce 2004 byla zveřejněna výzkumná zpráva, ve které se potvrdily zkušenosti zdravotníků a dalších odborníků o nedostatečnosti této péče a dále, že se mnozí smrtelně nemocní nacházejí v utrpení, kterému je možné předejít.

„Výzkum došel mj. k následujícím zjištěním:

- Kvalitní péče o umírající v ČR existuje, je však dostupná pouze velmi malé části umírajících. Specializovaná paliativní péče je např. dostupná pouze 1% umírajícím.

- Veřejnost není s touto péčí poskytovanou nevyléčitelně nemocným a umírajícím spokojena. Existuje např. hrubý rozpor mezi preferencemi veřejnosti a současným způsobem poskytování této péče:
  - přes 70% všech úmrtí nastává v nemocnici, léčebně dlouhodobě nemocných, či domově důchodců,
  - 80% z dotázaných, kteří se k této otázce v průzkumu veřejného mínění vyjádřili, si však nepřeje v tomto prostředí zemřít.
- Kontinuita a koordinace péče o umírající je velmi nedokonalá.
- Komunikace mezi lékaři a pacienty o diagnóze a prognóze má značně kolísavou a celkově nedostatečnou úroveň. 90% dotázaných mladých lékařů se např. cítí být nepřipraveno komunikovat s nevyléčitelně nemocným a jeho rodinou.
- Účast pacienta a rodiny na důležitých rozhodnutích o léčbě je spíše výjimkou a podpora rodin, které se rozhodnou o umírajícího pacienta pečovat doma, je naprosto neuspokojivá.
- Žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým.
- Financování péče o umírající je nevyhovující, často demotivující a zásadně omezuje její koncepční dlouhodobý rozvoj.
- Vzdělávání zdravotníků v této oblasti je neuspokojivé.“

Paliativní péče v ČR v porovnání s paliativní péčí v zahraničí, se nachází ve stádiu, kdy je nutné rozvinout novou, dlouhodobou koncepci péče o umírající. Návrh této koncepce paliativní péče byl kolektivem autorů tohoto projektu taktéž předložen a vychází z dosavadních zahraničních i domácích zkušeností v následující podobě:

- „vytyčuje cíle dalšího rozvoje obecné i specializované paliativní péče,
- navrhuje základní prvky efektivního systému organizování a poskytování paliativní péče,
- pojmenovává potřebné legislativní a organizační změny,
- doporučuje další kroky, které jsou potřebné k úspěšnému rozvoji kvalitní péče o nevyléčitelně nemocné a umírající.“

Z výše uvedené studie vyplývá, že vzhledem ke skutečnosti, že se hospicová a paliativní péče v ČR začala rozvíjet teprve od roku 1992, je nutné k dosažení uspokojivých výsledků, které budou spočívat například v širším pokrytí služeb nemocným, potřebné legislativě, ale i ve vyšším vzdělání zdravotníků, přijmout další

úpravy.<sup>49</sup>

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících.“ - („Charta práv umírajících“), bod 8. zní:

„Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- umírání o samotě a v zanedbání
- umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících...<sup>50</sup>

V roce 2006 poprvé, začíná ČR částečně splňovat Chartu práv umírajících a Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče novelou Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění – §22a, a nově zavádí: *„Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“*<sup>51</sup>

---

49 [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

50 [www.ikem.cz/www?docid=1002386](http://www.ikem.cz/www?docid=1002386)

51 <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast5.aspx>

## Závěr

V průběhu 20. století se změnila struktura nemocí u člověka. Dříve lidé umírali na nemoci nakažlivé, jejichž průběh vedoucí ke smrti měl většinou rychlý spád. Dnešní společnost trpí spíše nemocemi civilizačními, jako jsou např. onemocnění nádorová. Trendem současnosti je zdravý životní styl zaměřený na prevenci nemocí a o to více představují civilizační nemoci pro medicínu velkou výzvu. Vývoj nových léčebných postupů a zjišťování citlivosti léčby na náš organismus, při snaze prodloužení života, je spojen s působením vedlejších účinků a nepříjemných pocitů z této, prozatím, nedokonalé léčby. Žijeme v přetechizovaném světě, kdy si zjednodušíme i ty nejtriviálnější činnosti a o to víc je náš organismus stresován, jakmile stojíme před problémem, který můžeme vyřešit pouze vlastními schopnostmi.

Filip Ariés popsal 20. století jako „odklon a odmítání smrti“, kde největší hodnotu života představují zdraví, úspěch, kariéra, snadný a bezstarostný život. Pokud se blízká osoba ocitne v roli smrtelně nemocného pacienta, pak všichni kolem ní cítí určité omezení. Nevíme, jak se k blízkému chovat a jak s ním komunikovat. I když smrt je a stále bude všední záležitostí, žijeme v době, kdy je nám tato stránka života stále více cizí. Právě tyto důvody nahrávají diskuzím pro eutanazii.

V roce 2001 byl schválen návrh zákona zohledňující vyžádanou eutanazii v Holandsku a o rok později tuto zemi následovala Belgie. Asistovanou sebevraždu je možné provádět od roku 1997 v USA, konkrétně ve státě Oregon a od roku 1998 také ve Švýcarsku, kterou zde, na rozdíl od USA, poskytují příslušné organizace i pro cizince. Z uvedených studií vyplynula zvyšující se tendence předčasně ukončených životů, konkrétně z Holandské a Švýcarské studie a nepřehlédnutelnými čísly také zůstávají úmrtí bez explicitní žádosti pacienta, které se projevíly v Holandské a Belgické studii. I když tento ukazatel zůstává v Holandsku po provedení všech studií relativně neměnný a v Belgii prozatím nemůžeme prokázat jeho nárůst či pokles z důvodu provedení pouze jedné studie, rozhodně nasvědčuje tomu, že i přes stanovená kritéria, nejsou ve všech případech právní normy, související s vyžádanou eutanazií a lékařem asistovanou sebevraždou, dodržovány. Ve Švýcarské studii tento ukazatel uváděn není, zřejmě z důvodu, že pacient musí být schopen dopravit se do patřičné



organizace a smrtící dávku požit sám. V roce 2004 Holandsko dále schvaluje tzv. Groningenský protokol, kterým dále rozšiřuje možnosti vyžádané eutanazie.

Eutanazie, která byla původně určena pro pacienty v terminálním stádiu nemoci, příliš brzy rozšířila své pravomoce vůči pacientům s psychickými potížemi, kteří se v dané chvíli v terminální fázi nenachází, a dokonce i vůči novorozencům se zdravotním postižením. I když se může na povrchu zdát jako atraktivní, má ovšem hluboký negativní vliv na sociální strukturu naší společnosti, na našem postoji k nemoci a smrti, a na našem postoji vůči těm, kteří jsou nemocní nebo mající zdravotní postižení. Dále může způsobovat stále větší tlak pro odstranění starších, nemocných nebo těch, kteří v důsledku nemoci, zdravotního postižení nebo nákladné léčby, budou představovat zátěž nejen pro společnost, ale i pro rodinu. V důsledku těchto okolních tlaků může u smrtelně nemocného pacienta dojít k pocitu zbytečnosti a tím i vyřčené žádosti o eutanazii či lékařem asistovanou sebevraždu, aby nebyl svým blízkým přítěží.

Lze tedy nějakým způsobem určit hranici mezi neustálou snahou prodlužovat lidský život a mezi předčasným ukončením tohoto marného boje?

Tato hranice se přesně vymezit nedá, resp. tuto hranici nelze vymezit obecně, protože ji máme v sobě každý nastavenou jinak. Z toho důvodu je nesmírně obtížné obecně odpovědět na otázku, zda „eutanazii ano či ne?“.

Při zasedání senátu, na podzim roku 2008, byla MUDr. P. Sobotkou zmíněna nepřipravenost České republiky na změnu zákonů zohledňující eutanazii.

Výzkumný projekt paliativní péče v ČR, probíhající v letech 2003 – 2004 zase došel mj. k závěrům, že se mnozí smrtelně nemocní nacházejí v utrpení, kterému je možné předejít a že kvalitní péče o umírající v ČR je dostupná pouze velmi malé části umírajících.

Pro některé smrtelně nemocné a trpící pacienty může představovat předčasná smrt, ve formě eutanazie nebo lékařem asistované sebevraždy, vysvobození. Ovšem nelze se o nich bavit, pokud nejsou, nejenom na parlamentní půdě, dostatečně projednány a pokud paliativní a hospicová péče v ČR vykazuje nedostatky v poskytování příslušné péče těm, co ji potřebují. „Právo na smrt“, by se tak brzy mohlo nahradit „Povinností zemřít“.

## **Anotace**

Úvod práce popisuje samotný termín a formy eutanazie. Vzhledem k tomu, že v České republice doposud nebyl přijat zákon zohledňující eutanazii ani lékařem asistovanou sebevraždu, i když tato tendence v minulosti již byla, jsou uvedeny návrhy zákonů ČR dříve předložené. Pro lepší vhléd do této problematiky je dále popsána eutanatická praxe v Nizozemí, Belgii, Švýcarsku a USA s následně uvedenými studii zjišťujícími dodržování nastavených předpisů. Dále je zpracována část o paliativní medicíně a hospicové péči v České republice pro zjištění kvality v jejím poskytování smrtelně nemocným pacientům.

### **Klíčová slova**

**Eutanazie, asistovaná sebevražda, paliativní péče, hospicová péče, smrt, smrtelně nemocný pacient.**

### **Annotation**

First chapter describes term of euthanasia and forms of euthanasia. Although in Czech Republic hasn't been declared the law for euthanasia or suicide through doctor's assistance, the trend of this did occur in the past. Proposals of similar law in Czech Republic has been put forward in recent. For better understanding following chapters describes euthanasia practices in Holland, Belgium, Switzerland and in the USA with research studies, observing rules. Last chapters describe palliative care, hospice care in Czech Republic and research of quality in giving this care to terminally ill patients.

### **Keywords**

**Euthanasia, assisted suicide, palliative care, hospice care, death, terminally ill patient.**

## Literatura

1. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.
2. KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992.
3. MIŘIČKA, A. *Usmrcení na žádost a z útrpnosti podle osnovy trestního zákona*. Praha, 1929.
4. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005.
5. MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb, Být či nebýt?* 2. vyd. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008.
6. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002.
7. OEHMKE, THOMAS, H. *Vražda nebo milosrdenství?* 1. vyd. Praha: Brána, 1996.
8. OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2008.
9. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999.
10. SLÁMA, O. a spol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007.
11. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.
12. VIRT, G. *Žít až do konce- Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000.
13. <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=6>
14. <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=41>
15. <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast5.aspx>
16. <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf> přeloženo google.cz
17. <http://lib.bioinfo.pl/meid:223675> přeloženo google.cz
18. <http://lib.bioinfo.pl/meid:241150> přeloženo google.cz

19. <http://schwarz.blog.idnes.cz/c/43643/Eutanazie-versus-Hippokratova-prisaha.html>
20. <http://zpravy.idnes.cz>
21. [http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709\\_214304\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709_214304_domaci_ost)
22. [http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709\\_214304\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709_214304_domaci_ost)
23. [www.biomedcentral.com/1471-2458/9/79](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/79) přeloženo google.cz
24. [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)
25. [www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail](http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail)
26. [www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html](http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html)
27. [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)
28. [www.ikem.cz/www?docid=1002386](http://www.ikem.cz/www?docid=1002386)
29. [www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_pain\\_symptom\\_control\\_and\\_palliative\\_care/volume\\_4\\_number\\_2\\_41/article/euthanasia\\_issues\\_implied\\_within.html](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_pain_symptom_control_and_palliative_care/volume_4_number_2_41/article/euthanasia_issues_implied_within.html) přeloženo google.cz
30. [www.newstin.cz/tag/cz/69456963](http://www.newstin.cz/tag/cz/69456963)
31. [www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=6&IS=3951&T=303#st303](http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=6&IS=3951&T=303#st303)
32. [www.scienceblog.com/community/older/2001/B/200112828.html](http://www.scienceblog.com/community/older/2001/B/200112828.html) přeloženo google.cz

## Seznam příloh

1. Částečný překlad textu návrhu zákona nizozemského parlamentu „Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití“.
2. Tabulka holandské studie.

## Příloha 1

### **Částečný překlad textu návrhu zákona nizozemského parlamentu „Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití“.**

28. listopadu 2000 odsouhlasila druhá komora nizozemského parlamentu návrh zákona „Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití“. „...Aktivní pomoc při umírání a napomáhání k dobrovolné smrti zůstává sice trestná, ale za určitých stanovených podmínek ztrácí kriminální charakter. Proto bude přijat do trestního zákona zvláštní důvod vyloučení trestu. Pokud budou dodrženy odpovídající požadavky svědomitosti, nebude aktivní pomoc při umírání na výslovné přání a lékařsky asistovaná sebevražda posuzována jako trestné.“

Speciální důvody vyloučení trestu pro lékaře:

Nově byly nyní v trestním zákoně přijaty dvě podmínky, při jejichž splnění je lékař zajištěno osvobození od trestu:

- Lékař - musí učinit zadosť požadavkům svědomitosti, které jsou definovány ve zvláštním zákoně, nazvaném „Zákon o přezkoumání ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebevraždě“.
- Lékař - musí ohlásit své jednání pohřebnímu ústavu obce podle ustanovení zákona o pohřbech.

Všechny další formy smrti na žádost a napomáhání k sebevraždě zůstávají tedy trestné. Návrh zákona tedy nepředstavuje legalizaci eutanazie a napomáhání k dobrovolné smrti.

Přesněji formulované požadavky svědomitosti:

Novými zákonnými podmínkami se z hlediska obsahu nic nemění na dosavadních požadavcích, podle kterých je dovolena aktivní pomoc při umírání na přání, případně asistované sebevraždě. Požadavky svědomitosti jsou ale přesněji formulovány v návrhu zákona. Podle nich má tedy jednání lékaře dostatečně vyhovovat následujícím požadavkům:

- a) Musí se přesvědčit, že žádost pacienta je předkládaná svobodně, odpovědně, uvážlivě.

- b) Musí dospět k přesvědčení, že se jedná o beznadějně a nesnesitelné utrpení.
- c) Informoval pacienta o jeho situaci a vyhlídkách.
- d) Společně s pacientem došli k přesvědčení, že v jeho situaci není žádné jiné východisko.
- e) Přizval nejméně jednoho dalšího nezávislého lékaře, který pacienta vyšetřil a vytvořil si úsudek (podle odstavců a až d jmenovaných požadavků svědomitosti).
- f) Provedl ukončení života medicínsky svědomitě.

## Příloha 2

### Tabulka holandské studie.

PUBLIC HEALTH			
	1990 (128 824)	1995 (135 675)	2001 (140 377)
<b>1) Interview studies (n [95% CI])</b>			
Number of requests for euthanasia or assisted suicide later in disease	25 100 (23 400–27 000)	34 500 (31 800–37 100)	34 700 (32 200–37 100)
Number of explicit requests for euthanasia or assisted suicide at a particular time	8900 (8200–9700)	9700 (8800–10 600)	9700 (8800–10 500)
End-of-life practices (% [95% CI])			
2) Euthanasia	1.9% (1.6–2.2)	2.3% (1.9–2.7)	2.2% (1.8–2.5)
3) Physician-assisted suicide	0.3% (0.2–0.4)	0.4% (0.2–0.5)	0.1% (0.0–0.2)
4) Ending of life without patient's explicit request	..*	0.7% (0.5–0.8)	0.6% (0.4–0.9)
<b>5) Death-certificate studies (% [95% CI])</b>			
Euthanasia	1.7% (1.4–2.1)	2.4% (2.1–2.6)	2.6% (2.3–2.8)
Physician-assisted suicide	0.2% (0.1–0.3)	0.2% (0.1–0.3)	0.2% (0.1–0.3)
Ending of life without patient's explicit request	0.8% (0.6–1.1)	0.7% (0.5–0.9)	0.7% (0.5–0.9)
Alleviation of symptoms with possible life-shortening effect	18.8% (17.9–19.9)	19.1% (18.1–20.1)	20.1% (19.1–21.1)
Non-treatment decision	17.9% (17.0–18.9)	20.2% (19.1–21.3)	20.2% (19.1–21.3)
Total	39.4% (38.1–40.7)	42.6% (41.3–43.9)	43.8% (42.6–45.0)

\*Frequency not assessed in this study.

Table 1: End-of-life practices in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001

Výsledky:

- 1) studie na základě rozhovoru
- 2) studie na základě dotazníku
- 3) vyžádaná eutanazie
- 4) asistovaná sebevražda
- 5) ukončení života bez explicitní žádosti pacienta